Aus der Universitäts-Frauenklinik der Charité, Berlin
(Direktor: Prof. Dr. G. A. Wagner)

Vergleich der Indikationen zur Interruptio graviditatis zwischen den Jahren 1929-1933 und 1935-1939

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung des

Medizinischen Doktorgrades

an der

Friedrich-Wilhelms-Universität
zu Berlin

vorgelegt von

Dr. med. dent. Friedrich-August König
Arzt und Zahnarzt, Bad Meinberg

Tag der Promotion: 19. 3. 1940

Druck: Karl u. Richard Hoffmann, Charlottenburg, Schillerstr. 44.

M 502

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

Dekan: Prof. Dr. L. Kreuz
Referent: Prof. Dr. G. A. Wagner

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Vergleich der Indikationen zur Interruptio graviditatis zwischen den Jahren 1929—1933 und 1935—1939

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550812_0033

Mit dem Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses hat der Staat im Jahre 1933 in weitem Umfange lenkend und bestimmend in die Gesundheitsführung eingegriffen. Während in diesem ersten Gesetz nur die Unfruchtbarmachung schwer Erbkranker verfügt wird, erklärt eine Ergänzung aus dem Jahre 1935 auch die Schwangerschaftsunterbrechung in bestimmten Fällen als eine im Dienst der Rassenpflege gesetzlich erlaubte ärztliche Maßnahme. Zur selben Zeit erläßt die Reichsärztekammer entsprechende Bestimmungen über die Schwangerschaftsunterbrechung aus gesundheitlichen Gründen. Danach bedarf es bei jedem künstlichen Abort der Einleitung des sogenannten Gutachterverfahrens, in welchem über die Genehmigung oder Ablehnung einer beantragten Unterbrechung entschieden wird. Um eine einheitliche Beurteilung der im Einzelfall vorliegenden Grundkrankheit zu ermöglichen, gibt die Aerztekammer in Form der „Richtlinien für Schwangerschaftsunterbrechung und Unfruchtbarmachung aus gesundheitlichen Gründen" eine Zusammenstellung der in Frage kommenden Indikationen heraus. War es vorher jedem Arzt überlassen, die Indikation nach freiem Ermessen und nur dem eigenen Gewissen verantwortlich zu stellen, so gelten von diesem Zeitpunkt ab bestimmte Vorschriften, die ein Abweichen nur in engen Grenzen gestatten.

In diesem Zusammenhang soll hier die Frage untersucht werden, ob die Indikationsstellung des Abortus arteficialis mit der Einführung des Gutachterverfahrens im Jahre 1935 eine Aenderung gegen früher erfahren hat.

Der künstliche Abort als Mittel, um Gefahren von der Schwangeren oder Gebärenden fernzuhalten, gelangt erst verhältnismäßig spät, vor ungefähr 150 Jahren zur Anwendung. Naturgemäß hat sich die Indikation entsprechend dem Stande der medizinischen Wissenschaft und den ethischen sowie religiösen Anschauungen mit der Zeit gewandelt; aber immer ist der Abortus arteficialis ein Eingriff

geblieben, der nur geduldet wurde, dem jedoch bis in die jüngste Zeit eine gesetzliche Grundlage gefehlt hat.

So sucht noch Stoeckel 1930 die Berechtigung zur Schwangerschaftsunterbrechung aus dem § 222 Str.G.B. abzuleiten, wonach derjenige, der durch Fahrlässigkeit den Tod eines Menschen verursacht, mit Gefängnis bis zu 3 Jahren bestraft wird, bis zu 5 Jahren, wenn der Täter kraft seines Amtes, Berufes oder Gewerbes zu besonderer Aufmerksamkeit verpflichtet war. Er knüpft daran die Bemerkung: „Die neuerdings gemachten Vorschläge, für den künstlichen Abort bestimmte gesetzliche Bestimmungen einzuführen und für ihn die behördliche Anmeldung zu verlangen, sind in Deutschland über theoretische Erörterungen noch nicht hinausgediehen". Damit wird indirekt zugestanden, daß die angeführte gesetzliche Begründung nur ein Ausweg aus einer Zwangslage ist, in die der Arzt geraten war, weil das Gesetz den tatsächlich auf diesem Gebiete herrschenden Verhältnissen keine Rechnung trug. Diese Diskrepanz ist mit den 1933—1935 erlassenen Gesetzen beseitigt worden; die Sachlage ist seitdem geklärt. Die Schwangerschaftsunterbrechung stellt, soweit sie aus medizinischen oder eugenetischen Gründen angezeigt ist, einen gesetzlich fundierten Eingriff dar.

Die Bestrebungen der Aerzteschaft, den künstlichen Abort auf eine klare und wissenschaftliche Grundlage zu stellen sind aber keineswegs erst neueren Datums. Der Deutsche Aerztetag in Leipzig 1925 hatte bereits seine Mitglieder zu einer Konsulation verpflichtet; diese sollte wenigstens von 2 Aerzten abgehalten werden, von denen der eine einer aus angesehenen Fachärzten örtlich bestimmten Spezialkommission angehören mußte.

Dieses Verfahren ist von den betreffenden Aerzten im großen und ganzen in den folgenden Jahren geübt worden. Dagegen ist ein weiterer Beschluß des Aerztetages, der eine Meldepflicht des künstlichen Abortes unter Einsendung eines Protokolls über die Konsultation vorsah und auf diese Weise eine Nachprüfung seitens der Aerztekammer ermöglichen sollte, entweder unvollständig oder gar nicht durchgeführt worden.

Die Beschlüsse hatten zwei Nachteile: sie galten nur

für einen Teil der gesamten Aerzteschaft und außerdem fehlte zu ihrer Durchführung jede gesetzliche Handhabe, um gerade jene Aerzte zu verpflichten, die die Schwangerschaftsunterbrechung aus den verschiedensten Motiven heraus sehr „großzügig" handhabten. Stoeckel mußte 1930 feststellen, daß der Abortus arteficialis zu einer ähnlichen sozialen und nationalen Gefahr geworden sei wie der kriminelle Abort.

1933 kommt das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, das die vorbeugende Unfruchtbarmachung von Personen mit schweren Erbleiden vorsieht. Die darin enthaltenen Gedankengänge über eine vor Volk und Zukunft verantwortungsvolle Gesundheitspolitik greifen bald auch auf das Gebiet der Schwangerschaftsunterbrechung über. Im September desselben Jahres führt die Aerztekammer für alle Unterbrechungen das Verfahren der „nummerierten blauen Briefe" ein. Der antragstellende Arzt wird verpflichtet, vor jeder Interruptio graviditatis einen der von der Aerztekammer ausgewählten Fachärzte zur Beratung hinzuzuziehen. Ein von beiden Aerzten unterzeichnetes Protokoll über das Konsilium muß der Aerztekammer eingeschickt werden und wird dort in dem verschlossenen Umschlag des Einsenders aufbewahrt, um für eventuelle Nachkontrollen zur Verfügung zu stehen.

1935 erfolgt eine wichtige Ergänzung zum Gesetz über die Verhütung erbkranken Nachwuchses: „Hat ein Erbgesundheitsgericht rechtskräftig auf Unfruchtbarmachung einer Frau erkannt, die zur Zeit der Durchführung der Unfruchtbarmachung schwanger ist, so kann die Schwangergerschaft mit Einwilligung der Schwangeren unterbrochen werden; es sei denn, daß die Frucht schon lebensfähig ist oder die Unterbrechung der Schwangerschaft eine ernste Gefahr für das Leben oder die Gesundheit der Frau mit sich bringen würde. Als nicht lebensfähig ist die Frucht dann anzusehen, wenn die Unterbrechung vor Ablauf des 6. Schwangerschaftsmonats erfolgt".

Damit werden zum ersten Mal eugenetische Gesichtspunkte bei der Indikation zum künstlichen Abort offiziell anerkannt.

Als Schlußstein in dieser Entwicklung erscheint am

1. 10. 1935 die Einführung des sog. Gutachterverfahrens. Während die Regelung des Jahres 1933 nur eine Zwangskonsultation vorsah, bedürfen von jetzt ab alle Schwangerschaftsunterbrechungen der vorherigen Genehmigung durch die Gutachterstelle der Aerztekammer. Der Arzt, der eine Unterbrechung vornehmen will, muß zuvor einen schriftlichen Antrag stellen. Die Kammer ernennt als Gutachter zwei anerkannte Spezialisten des in Frage kommenden Gebietes. Die Gutachter teilen der Kammer das Ergebnis ihrer — getrennt abgehaltenen — Untersuchung mit. Stimmen die Urteile der Fachärzte überein, dann genehmigt die Aerztekammer die Unterbrechung, tun sie das nicht, wird ein Obergutachter ernannt, der eine endgültige Entscheidung trifft.

Die Gutachterstelle bearbeitet alle Anträge auf Unterbrechung und Sterilisation aus gesundheitlichen Gründen, während das Erbgesundheitsgericht über die eugenetischen Indikationen entscheidet.

Anträge und Gutachten müssen sich auf die von Stadler in Zusammenarbeit mit maßgebenden Fachärzten herausgegebenen Richtlinien der Reichsärztekammer stützen.

Dieses Verfahren besteht auch heute noch in unveränderter Form. Nachdem es jetzt seit 4 Jahren zur Anwendung gelangt ist, soll die vorliegende Untersuchung über die bisherigen Erfahrungen berichten und insbesondere feststellen, ob sich die Indikationsstellung zur Schwangerschaftsunterbrechung gegenüber früher wesentlich geändert hat und, wenn das der Fall ist, die in Frage kommenden Ursachen ergründen.

Welche Indikationen bestehen für die Unterbrechung einer Schwangerschaft?

In einer historischen Betrachtung über den Abortus arteficialis erwähnt Winter, daß die ersten Schwangerschaftsunterbrechungen aus gesundheitlichen Gründen wegen zu engen Beckens vorgenommen wurden. Später traten Hyperemesis und Lageanomalien des Uterus hinzu, denen erst in neuerer Zeit die Indikationen bei Erkrankungen der Niere, der Lunge, des Herzens, bei Geistes- und Nervenkrankheiten sowie bei Störungen der inneren Sekretion folgten.

Es ist allgemein üblich, die Indikationen zur Interruptio graviditatis in 4 Hauptgruppen einzuteilen (Halban-Seitz, Winter-Naujoks, Stoeckel):

1. Die medizinische Indikation.
2. Die soziale Indikation.
3. Die eugenetische Indikation.
4. Die Notzuchts-Indikation.

Von diesen kann die Notzuchtsindikation, die wegen ihrer Seltenheit heute nur geringe praktische Bedeutung besitzt, ganz außer acht gelassen werden.

Das bei weitem wichtigste und umfangreichste Gebiet stellen die Indikationen aus gesundheitlichen Gründen dar. Im Vordergrund des ärztlichen Interesses steht hier die Erhaltung von Leben und Gesundheit der Schwangeren unter bewußter Opferung des Kindes. Ein solcher schwerwiegender Eingriff ist daher nur gerechtfertigt, wenn die Indikation einwandfrei ist. Diese soll sich nach Winter auf einer richtigen Diagnose des Krankheitsbildes, auf einer richtigen Prognose des Leidens und den Nachweis einer erfolglosen Behandlung der die Schwangerschaft komplizierenden Krankheit aufbauen. Besonders der letzte Punkt wird von den meisten Autoren gegenüber der in der Nachkriegszeit aus allen möglichen Gründen befürworteten Erweiterung der Indikation immer wieder herausgestellt. „Die Erkrankung ist eine behandlungsbedürftige Komplikation der Gravidität und nicht umgekehrt". (Stoeckel).

In der Beurteilung der medizinischen Indikation sind sich alle Gynäkologen wenigstens in den großen Linien einig; anders bei der sozialen Indikation.

Die rein soziale Indikation wird schon in der Zeit vor 1933 als unberechtigt abgelehnt (Winter, Wagner, Stoeckel); zwar bedauern einige Autoren dabei, daß die soziale Indikationsstellung nicht so präzis erfolgen kann wie die medizinische, weil es nach ihrer Erfahrung Fälle schwerster sozialer Notlage (1931—1933!) gibt, die eine Unterbrechung angezeigt erscheinen lassen. Nach den heute geltenden Vorschriften der Aerztekammer ist es direkt verboten, eine Schwangerschaftsunterbrechung aus

sozialen Motiven zu beantragen; sie wird in jedem Falle abgelehnt.

Die Mitberücksichtigung sozialer Momente beim Vorliegen einer medizinischen Indikation halten dagegen fast alle Autoren für berechtigt, wenn die sozialen Momente auf keine andere Weise auszuschalten sind und wenn ohne ihre Berücksichtigung mit schwerer Gesundheitsschädigung oder sogar Lebensgefährdung der Schwangeren zu rechnen ist (Naujoks, Wagner, Winter, Seitz, Stoeckel).

Dank dem zunehmenden Wirtschaftsaufschwung in den letzten Jahren wird es heute kaum noch Fälle schwerster Notlage geben, wie sie in den Jahren der fortschreitenden sozialen Verelendung breiter Bevölkerungsschichten in der Zeit von 1930—1933 in erschreckender Häufigkeit zu beobachten waren. Daraus ergibt sich von selbst, daß der heutige Arzt viel seltener in die Lage kommt, zu diesem Problem Stellung nehmen zu müssen. Es stellt jetzt keinesfalls mehr eine dringliche Frage dar, die Lösung ist unverhältnismäßig viel einfacher, weil eine ganz andere Mobilisierung von Hilfsmaßnahmen seitens der staatlichen und parteiamtlichen Stellen möglich ist. Somit haben die sozialen Momente heute wesentlich an Bedeutung verloren.

Die gesetzliche Anerkennung eugenetischer Gründe stammt erst aus dem Jahre 1935. Vorher war die Beurteilung der eugenetischen Indikation nicht einheitlich. Winter (1927): „Die Regeln, nach welchen beim Menschen die Vererbung schwerer körperlicher oder geistiger Fehler stattfindet, sind noch nicht genügend erforscht, um die Prognose für das zu erwartende Kind mit Sicherheit zu stellen; damit fällt jede wissenschaftliche Stütze für die eugenetische Indikation und auch jede Berechtigung zum künstlichen Abort aus eugenetischen Gründen. Selbst wenn es der wissenschaftlichen Forschung gelingen sollte, eine absolut sichere Voraussage für das zu erwartende Kind zu schaffen, muß unter dem geltenden Recht der Abort aus eugenetischen Gründen strikt abgelehnt werden, weil die für seine Ausführung notwendigen Vorbedingungen wie Lebensgefahr oder schwere Gesundheitsschädigung der Schwangeren fehlen."

Stoeckel (1930): „Die eugenetische Indikation hat

nur eine sehr schmale wissenschaftliche Basis. Unsere Prognosestellung ist hier ganz unsicher. Bei sichergestellter regelmäßiger Vererbung erheblicher Mißbildungen oder Defekte in mehreren Generationen ist die Unterbrechung zwar nicht gesetzlich erlaubt, wird aber in praxi nie bestraft werden. Thesen lassen sich noch nicht aufstellen".

Wagner (1932) hält den künstlichen Abort für berechtigt, wenn beide Eltern erblich belastet sind oder nachgewiesen dominant sich vererbende Schäden ein minderwertiges Kind erwarten lassen.

Naujoks hat 1932 eine Umfrage über die eugenetische Indikation bei 24 Klinikleitern veranstaltet. Als Ergebnis stellt er fest, daß von 24 niemand die eugenetische Indikation prinzipiell ablehnt, während bei einer Umfrage aus dem Jahre 1926 noch 11 von 20 befragten Gynäkologen eine eugenetische Indikationsstellung rundweg verwarfen. Naujoks berichtet als Fazit der Umfrage 1932, daß sich die eugenetische Indikation bereits die wissenschaftliche Anerkennung errungen habe, eine sichere Entscheidung aber erst in einzelnen Fällen möglich sei.

Durch die Gesetzgebung von 1935 ist die Situation heute klar. Eugenetische Bedenken können sehr wohl einen Grund für die Schwangerschaftsunterbrechung bilden. Der betreffende Gesetzestext mit den näheren Angaben über die Durchführung der Unterbrechung ist bereits oben zitiert worden.

Der Zeitpunkt der Unterbrechung stellt keine ernste Streitfrage dar; je früher, um so ungefährlicher ist der Eingriff für die Schwangere, und um so günstiger sind in den meisten Fällen auch die Heilungsaussichten. Jenseits des 5.—6. Schwangerschaftsmonats wird eine Interruptio nur in den seltensten Fällen zur Ausführung kommen, weil die Gefahren dann dieselben sind wie bei der normalen oder durch Kunsthilfe erleichterten Geburt.

Eigene Untersuchungen.

Die Schwangerschaftsunterbrechung kann grundsätzlich auf 2 Arten vorgenommen werden:

1. durch den künstlichen Abort, bei dem die Frucht in jedem Falle verloren ist.

2. durch die künstliche Frühgeburt mit dem Ziel, eine lebensfähige Frucht zur Welt zu bringen.

Unsere Untersuchungen beziehen sich nur auf den künstlichen Abort mit nicht lebensfähiger Frucht, erfassen also, wie das Gesetz es ausdrückt, nur die Fälle, in denen die Unterbrechung vor Ablauf des 6. Schwangerschaftsmonats erfolgte; denn in erster Linie sollen die Befunde klarstellen, in welchem Umfange sich die medizinische Indikation durch die gesetzlichen Vorschriften von 1935 geändert hat.

Bei der Auswahl vergleichbarer Zeiträume für die Untersuchung ergeben sich einige Schwierigkeiten. Soll man eine gleiche Anzahl von Fällen oder zwei gleich lange Zeiträume miteinander vergleichen? Wir haben uns für das letztere entschieden in der Erwartung, daß vielleicht auch die zahlenmäßigen Schwankungen der Unterbrechungen im Verlauf der einzelnen Jahre von Interesse sein könnten. Den Jahren 1935—1939 müßten demnach die Jahre 1931—1935 zum Vergleich gegenübergestellt werden. Nun wird aber eine Aenderung der Indikationsstellung nicht allein durch die Gesetze von 1935 herbeigeführt sein. Vielmehr dürfte bereits mit dem 1933 erlassenen Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses eine Wandlung der Anschauungen auch hinsichtlich der Schwangerschaftsunterbrechungen eingeleitet worden sein, die aber erst durch die Bestimmungen von 1935 ihre gesetzliche Grundlage fand. Wir sind daher mit den Untersuchungen, um ganz klar getrennte Zeiträume vergleichen zu können, noch weiter zurückgegangen. Folgende Zeitabschnitte sind gewählt worden:

1. 10. 1929 1. 10. 1933.. In diesen Jahren bestanden außer der Verpflichtung des Deutschen Aerztetages keine gesetzlichen Vorschriften für die Interruptio graviditatis.

1. 10. 1933—1. 10. 1935. Das ist die „Uebergangszeit", in der immerhin eine ideelle Beeinflussungsmöglichkeit der Indikationsstellung durch andere Gesetze, Maßnahmen der Aerztekammer usw. gegeben war.
1. 10. 1935—1. 10. 1939. Während dieser Zeit ist das neugeschaffene Gutachterverfahren zur Anwendung gelangt.

Der 1. Oktober wurde jeweils als Stichtag genommen, weil die Einrichtung der Gutachterstellen am 1. 10. 1935 erfolgte. Das paßt auch insofern gut in die Abgrenzung der 3 Zeitabschnitte hinein, als die Bestimmungen über die sog. „blauen Briefe" zu einem entsprechenden Termin des Jahres 1933 erlassen wurden (Beschluß der Aerztekammer vom 8. 9. 1933).

Die Indikationen der Jahre 1929—1933 werden also mit denen aus den Jahren 1935—1939 verglichen. Durch die gesonderte Betrachtung der Uebergangszeit 1933—1935 werden am besten jene Faktoren ausgeschaltet, die man mangels gesetzlicher Bestimmungen nicht erfassen kann, deren Auswirkungen sich aber in der Praxis bereits bemerkbar machen.

Die Untersuchungen sind an der Universitätsfrauenklinik der Charité an Hand der Krankenberichte aus den Jahren 1929 — 1939 durchgeführt worden. Es wäre vielleicht noch aufschlußreicher gewesen, dieselben Untersuchungen an einer Privatklinik oder in der freien Praxis anzustellen, weil man annehmen kann, daß dort die Auswirkungen der neuen Gesetze deutlicher sichtbar werden als an einer Universitätsklinik, deren Stellungnahme zu diesen Fragen schon vor 1935 kritischer gewesen sein wird. Allein dem stehen andere Bedenken im Wege; z. B. ist eine Voraussetzung für solche Vergleichsuntersuchungen, daß die ärztliche Leitung während der ganzen Zeit dieselbe geblieben ist. Nur dann können etwaige Aenderungen der Indikationen hinsichtlich ihres Ursprunges weiter verfolgt werden. Bei jedem Wechsel in der Klinikleitung muß dagegen diese Möglichkeit entfallen, weil die Anzeigestellung zur Schwangerschaftsunterbrechung in großem Maße von der Persönlichkeit des Arztes, seinen eigenen Erfahrungen und Beobachtungen abhängig ist.

Die Universitätsfrauenklinik stand von 1929—1939 unter derselben Leitung (Prof. Dr. G. A. Wagner). Diese Vorbedingung wird bei einer privaten Klinik nur selten erfüllt sein. In der freien Praxis ist es nicht viel anders. Nehmen wir an, daß durch die strengen Vorschriften des Gutachterverfahrens eine Uebersicht über die letzten 4 Jahre möglich wäre, so wird es äußerst schwierig sein, diesen Befunden eine Vergleichszeit mit ebenso genauen Aufzeichnungen gegenüberzustellen.

Ein anderer Vorteil der Universitätsfrauenklinik ist darin zu sehen, daß die Zusammensetzung des Krankengutes keinen bedeutenden Schwankungen unterliegt. Die Patienten entstammen immer denselben, in sozialer Hinsicht meistens nicht gerade gut situierten Bevölkerungsschichten. Auf diesen Umstand werden wir bei der Bewertung der Untersuchungsergebnisse noch zurückkommen müssen.

Alle Schwangerschaftsunterbrechungen mit oder ohne gleichzeitiger Unfruchtbarmachung sind auf ihre Indikation untersucht worden. Tabelle 1 gibt eine Uebersicht über die Gesamtzahlen der in den einzelnen Jahren ausgeführten Unterbrechungen und Sterilisationen. Wie schon erwähnt, zählt das Jahr jeweils von Oktober bis Oktober: 1930 z. B. vom 1. 10. 1929—1. 10. 1930 usf.

Tabelle 1.

Jahr	Unterbrechungen	Unterbr. + Sterilisation
1930	48	2
1931	42	5
1932	17	1
1933	33	4
1934	16	2
1935	17	1
1936	17	6
1937	20	9
1938	10	3
1939	24	5
	244	38

Insgesamt wurden in den 10 Jahren von 1929—1939 244 Unterbrechungen ausgeführt, davon 38 = 15,6 % mit gleichzeitiger Unfruchtbarmachung.

Die Zahl der Unterbrechungen ist 1930 und 1931 am größten, fällt 1932 stark ab, steigt 1933 noch einmal etwas an und bleibt von da ab auf einer mittleren Höhe stehen.

Eine Erklärung für diese Schwankungen zu finden, ist nicht leicht. Man könnte zunächst vermuten, daß die besonders zahlreichen Unterbrechungen 1930 und 1931 mit einer auffallend hohen Patientenfrequenz zusammenfallen; das trifft aber nicht zu. Die Frequenz betrug z. B.

1929	2630	
1930	2664	
1931	2129	
1932	2236	
1933	2200	Patienten;

eine Parallelität ist höchstens 1929—1930 festzustellen, 1931—1932 aber nicht mehr. Bei annähernd gleicher Frequenz sinkt die Zahl der Unterbrechungen von 42 im Jahre 1931 auf 17 im Jahre 1932.

Soziale Gründe können dafür ebenfalls nicht in Betracht kommen. Die schlechte Wirtschaftslage bestand 1931 wie 1932, ja, sie war 1932 sogar noch beträchtlich ungünstiger, mithin müßte die Zahl der Unterbrechungen, falls ein Zusammenhang bestünde, eher zu- statt abgenommen haben.

In der Zusammensetzung der Klientel hat sich auch keine nennenswerte Veränderung vollzogen, sodaß es nicht möglich ist, eine Erklärung für das plötzliche Absinken der Unterbrechungen im Jahre 1932 zu geben.

Für die einzelnen Zeitabschnitte ergeben sich folgende Zahlen:

I.	1929—1933	140	Unterbrechungen
II.	1933—1935	33	„
III.	1935—1939	71	„

In den beiden der Untersuchung zugrundeliegenden Zeiträumen I und III ist die Zahl der künstlichen Aborte fast genau auf die Hälfte zurückgegangen, während die Gesamtfrequenz der Patienten nur um ca. 10% nachgelassen hat.

Man wird nicht fehlgehen, darin eine Folge der seit 1935 bestehenden gesetzlichen Bestimmungen zu sehen;

daneben dürfte aber auch die grundlegende Aenderung der sozialen Verhältnisse ein wichtiges Moment darstellen.

Der Zeitabschnitt I steht nach der Wirtschaftskonjunktur der Jahre 1928—1929 im Zeichen einer unaufhaltsam zunehmenden Arbeitslosigkeit und wirtschaftlichen Verelendung weiter Bevölkerungskreise. Wie schon angedeutet, setzt sich das Krankengut der Frauenklinik vorwiegend aus den sozial schlecht gestellten Schichten zusammen.

Die jahrelang anhaltenden ungünstigen Lebensbedingungen mußten naturgemäß eine nachhaltige Schwächung der körperlichen Widerstandskraft bei den Betroffenen zur Folge haben. Unter diesem Gesichtspunkt kommt auch den Schwangerschaftskomplikationen in der damaligen Zeit ein anderes Gewicht zu als in normalen Zeiten. Wir werden später sehen, daß gerade Erkrankungen der Lunge und des Herzens, deren Verlauf aufs engste mit den äußeren Lebensumständen verknüpft ist, in über der Hälfte aller Fälle die Indikation zur Unterbrechung abgaben.

Außerdem mag noch in einigen Fällen das rein psychische Moment von Einfluß gewesen sein. Es ist erklärlich, daß von manchen Frauen der Eintritt einer Gravidität bei den trostlosen wirtschaftlichen Verhältnissen als ein großes Unglück angesehen wurde, von dem sie sich auf irgendeine Weise wieder freizumachen versuchten. Wie aus der verhältnismäßig großen Zahl der abgelehnten Eingriffe in den Jahren 1929—1933 hervorgeht, war die Zahl der Frauen, die mit dem Wunsch zur Interruptio graviditatis die Klinik aufsuchten damals viel höher als in den letzten 4 Jahren.

In der Hauptsache waren es also die Gesetzgebung auf der einen Seite und die große soziale Umwälzung auf der anderen Seite, die den Anstoß zum raschen Absinken der Unterbrechungsziffern gegeben haben.

Die gruppenweise Aufteilung der Erkrankungen, die zur Unterbrechung der Schwangerschaft führten, gestaffelt nach der Häufigkeit ihres Vorkommens, ergibt folgendes Bild:

Tabelle 2.

Gesamtzahl der in der Charité-Frauenklinik Berlin in den Jahren 1929–1939 durchgeführten Unterbrechungen: 244		Vergleichsstatistik von *Döderlein-Bach*, München Zahl der Unterbrechungen von 1923—1932: 184
Indikationen:		
Tuberkulose	72	75
Geistes- und Nervenkrankheiten	37	
Herzerkrankungen	33	11
Hyperemesis	26	44
Gynäkologische Indik.	25	(Enges Becken : 2)
Tumoren	10	
Nieren- und Blasenerkrankungen	10	18
Basedow	10	
Blutkrankheiten	8	
Verschiedenes	13	38

Zum Vergleich ist eine von Döderlein-Bach veröffentlichte Statistik mitaufgeführt.

Die Lungenerkrankungen stehen in beiden Zusammenstellungen weit an der Spitze; erst in beträchtlichem Abstand folgen Hyperemesis, Herz- und Nierenerkrankungen. Die Zahl der Hyperemesis-Fälle ist bei uns geringer; sie wird übertroffen von den Herzerkrankungen die bei Döderlein-Bach in weit kleinerer Anzahl vertreten sind. Umgekehrt konnten wir wiederum weniger Nierenerkrankungen feststellen. Unter „Geistes- und Nervenkrankheiten" sind auch 20 aus eugenetischer Indikation erfolgte Unterbrechungen mitgerechnet; daraus erklärt sich ihre verhältnismäßig große Zahl.

Tabelle 3.

Erkrankungen, die zur Schwangerschaftsunterbrechung führten, nach Jahren und Zeitabschnitten geordnet.

Jahr	Tuberkulose	Geistes-Nervenkrankh.	Herzerkr.	Hyperemesis	Gynäk. Indik.	Tumoren	Nieren-Blase	Basedow	Blutkrankheiten	Verschiedenes
1930	25	1	4	1	5	4	1	3	2	2
1931	12	4	11	2	4	2	2	4	1	—
1932	5	1	2	1	2	2	1	1	—	2
1933	9	4	6	7	1	—	1	2	1	2
1929 bis 1933	**51**	**10**	**23**	**11**	**12**	**8**	**5**	**10**	**4**	**6**
1934	7	1	1	4	1	1	—	—	—	1
1935	2	2	2	5	4	—	1	—	—	1
1933 bis 1935	**9**	**3**	**3**	**9**	**5**	**1**	**1**	**—**	**—**	**2**
1936	1	7	3	2	2	—	1	—	1	—
1937	2	9	2	4	—	—	1	—	1	1
1938	3	3	1	—	2	—	—	—	1	—
1939	6	5	1	—	4	1	2	—	1	4
1935 bis 1939	**12**	**24**	**7**	**6**	**8**	**1**	**4**	**—**	**4**	**5**

Diese Aufstellung umfaßt sämtliche Schwangerschaftsunterbrechungen aus gesundheitlichen und eugenetischen Gründen.

Die medizinischen Indikationen.

Die Schwangerschaftsunterbrechungen aus medizinischer Indikation stehen weitaus an der Spitze und beanspruchen in der vorliegenden Arbeit das Hauptinteresse.

Wenn wir die eugenetischen Indikationen zunächst beiseite lassen, erhalten wir nachstehende Tabelle. Die Prozentzahlen geben den jeweiligen Anteil der einzelnen Krankheitsgruppen an der Gesamtzahl an.

Tabelle 4.

Indikationen	1929—1933 Gesamtzahl: 137 Unterbr.	1935—1939 Ges.: 55 Unterbr.
Tuberkulose	51 = 37 %	12 = 22 %
Geistes- und Nervenkrankheiten	7 = 5 %	8 = 15 %
Herzerkrankungen	23 = 17 %	7 = 13 %
Hyperemesis	11 = 8 %	6 = 11 %
Gynäkologische Indik.	12 = 9 %	8 = 15 %
Tumoren	8 = 6 %	1 = 2 %
Nieren- und Blasenerkrankungen	5 = 4 %	4 = 7 %
Basedow	10 = 7 %	0 = 0
Blutkrankheiten	4 = 3 %	4 = 7 %
Verschiedenes	6 = 4 %	5 = 8 %

Der näheren Besprechung müssen einige allgemeine Bemerkungen vorausgeschickt wnerden:

Bei allen Schwangerschaftsunterbrechungen aus gesundheitlichen Gründen ist nicht so sehr die Diagnose der die Schwangerschaft komplizierenden Krankheit das Entscheidende, vielmehr ergibt sich die Indikation in der Hauptsache aus der Beobachtung des speziellen Krankheitsverlaufes. Die Einteilung in Krankheitsgruppen erfaßt daher immer nur eine Seite des Problems, ist aber wegen der Vergleichsmöglichkeit nicht zu entbehren; ähnliches gilt von den Prozentzahlen. Die bloßen Zahlen sind unwesentlich, maßgebend sind nur etwaige Veränderungen in der Indikationsstellung.

Aus den Krankengeschichten geht ferner hervor, daß es an der Charité-Frauenklinik seit jeher üblich gewesen ist, vor jeder Unterbrechung den Rat der betreffenden Spezialklinik einzuholen; mithin sind alle Hilfsmittel der modernen Diagnostik und Therapie zur Anwendung gelangt.

An der Tabelle fällt zunächst auf, daß in der ersten Rubrik nur 2 Krankheiten einen Anteil von über 10 % aufweisen, während es in der zweiten Rubrik nicht weniger als 5 sind. Lungen- und Herzkrankheiten zusammen bilden in der Zeit von 1929—1933 in 54 % aller Fälle den

Grund zur Unterbrechung, von 1935—1939 nur in 35 %! Der Prozentsatz der Herzerkrankungen ist dabei nur von 17 auf 13 % gesunken, der der Lungenkrankheiten dagegen von 37 % in der Zeit von 1929 1933 auf 22 % während der letzten 4 Jahre.

Was ist die Ursache? Hat sich die Indikation geändert, oder sind es andere Umstände gewesen, die zu einem so starken Absinken des Anteils der Lungenerkrankungen geführt haben?

Die Streitfrage, welche Formen der Lungentuberkulose die Unterbrechung einer bestehenden Schwangerschaft erforderlich machen, ist auch heute noch nicht entschieden. Das Krankheitsbild der Lungentuberkulose ist in solchem Maße der Ausdruck des ständig wechselnden Kampfes zwischen tuberkulöser Infektion und der besonderen Reaktionsweise des einzelnen Organismus, daß es schwierig ist, bestimmte Anhaltspunkte für die Beurteilung tuberkulöser Lungenerkrankungen zu geben. Früher wurde allgemein angenommen, daß die Tuberkulose in jedem Falle durch eine hinzutretende Schwangerschaft verschlimmert würde (Kehrer, Pankow, Schweitzer). Seit etwa 1930 ist diese Frage erneut zur Diskussion gestellt worden, hat aber einstweilen noch keine endgültige Lösung gefunden. Schultze-Rhonhof und Hansen haben in mehreren Arbeiten 1931—1933 den Standpunkt vertreten, daß die Tuberkulose der Schwangeren ebenso verlaufe wie bei einer Nichtschwangeren, verneinen also jeden Kausalzusammenhang zwischen Gravidität und ungünstigem Verlauf der Lungentuberkulose. Noch weiter geht Braeuning; er will sogar einen auffallend günstigen Verlauf der Tuberkulose bei manchen Schwangeren gesehen haben!

Auf dem Tuberkulosekongreß 1935 konnte bei der Diskussion dieser Fragen keine Einigung unter den Klinikern erzielt werden; das Problem wurde als noch nicht gelöst bezeichnet. Der Kongreß beschränkte sich darauf festzustellen, daß der ungünstige Einfluß der Gravidität auf die Tuberkulose in der Vergangenheit überschätzt worden sein mag. In letzter Zeit mehren sich die Stimmen, die auf Grund der Erfolge der Heilstättenbehandlung ein konservatives Verhalten empfehlen, z. B. Winter: „Es ist kein

Zweifel, daß die Heilstättenbehandlung mit den modernen Verfahren der Kollapstherapie Ausgezeichnetes leistet, und daß sie bei allgemeiner Durchführung den Abortus arteficialis fast ganz zu verdrängen imstande wäre. So lange diese aus den verschiedensten Gründen noch nicht in dem gewünschten Umfange möglich ist, wird der Abortus arteficialis sein Recht behalten, und zwar bei der manifesten Tuberkulose, aber im allgemeinen nur in den ersten 3—4 Monaten".

Die diagnostische, und wohl noch mehr die prognostische Beurteilung der Lungentuberkulose ist eine der schwierigsten Aufgaben der inneren Klinik. Konstitution, soziales Milieu, Beruf und Ernährungszustand beeinflussen den Verlauf in entscheidender Weise. Aus diesem Grunde haben auch alle Versuche, die tuberkulöse Lungenerkrankung in bestimmte Stadien einzuteilen (Gerhardt-Turban, Ranke) keine allgemeine Zustimmung gefunden.

Gegenüber dem alten, mehr anatomisch orientierten Schema von Gerhardt-Turban bevorzugt man in neuerer Zeit eine Einteilung, die die einzelnen „Schübe" in der Krankheitsentwicklung berücksichtigt und auf dieser Grundlage ein besseres Urteil über den klinischen Verlauf und die Prognose gestatten soll (Assmann, Redecker, Schultze-Rhonhof, Hansen, Braeuning, Lydtin)

In den „Richtlinien" unterscheidet Lydtin folgende Krankheitsbilder:

1. Erstinfektion (begrenzte Primäraffekte, verkalkte Bronchialdrüsen).
2. Streuungen auf dem Blutwege, akute Miliartuberkulose und zerstreutherdige, kleinfleckige Tuberkulose.
3. Narbenreste hämatogener Streuungen.
4. Frühinfiltrate und Frühkavernen.
5. Ausgebildete chronische Lungentuberkulosen,
   a) exsudative Spätformen
   b) cirrhotisch-proliferative Spätformen.
6. Geheilte Tuberkulose (d. i. 5 Jahre nach der letzten Erkrankung).

Ein Vergleich, der in den Krankenberichten aufgeführten Diagnosen mit der Einteilung der Lungenkrankheiten in den „Richtlinen" ist nicht ohne weiteres möglich,

weil die Klinik, besonders in den früheren Jahren die Beurteilung der Lungentuberkulose nach anderen Gesichtspunkten vorgenommen hat. Die meist gebrauchte Unterscheidung ist die nach Weinberger in aktive und inaktive Formen, oder nach Winter-Pankow in manifeste und latente Tuberkulose, wobei aktiv und manifest sowie inaktiv und latent als Synonyme gebraucht werden.

Die Prognose dieser beiden Krankheitsbilder beurteilt Naujoks auf Grund eines umfangreichen Literaturstudiums in folgender Weise:

Die latente Form der Tuberkulose zeigt in 20 % der Fälle eine Verschlimmerung durch die Schwangerschaft, während die Erkrankung in 80 % stationär bleibt.

Bei der manifesten Tuberkulose liegen die Verhältnisse genau umgekehrt, in nicht weniger als 80 % ist eine Verschlimmerung zu befürchten!

Dementsprechend empfiehlt er bei der latenten-inaktiven Tuberkulose ein abwartendes Verhalten; die Unterbrechung ist abzulehnen. Gleichzeitig aber soll die Patientin sorgfältig überwacht werden, damit bei den ersten Anzeichen einer Aktivierung sofort eingegriffen werden kann.

Bei der manifesten-aktiven Tuberkulose hält er die Unterbrechung für indiziert.

Diese Einstellung wurde, wie aus den Krankenberichten hervorgeht, von den inneren Kliniken der Charité sowie von der Frauenklinik ebenfalls vertreten.

Bei latenter Lungentuberkulose ist stets nur beim Vorliegen besonderer Umstände unterbrochen worden. Der Mehrzahl aller Schwangerschaftsunterbrechungen lagen dagegen Lungenerkrankungen zugrunde, deren klinische Beobachtung eindeutig eine Progredienz des Leidens erwiesen hatte, aktive ein- oder doppelseitige Tuberkulosen die in die Gruppen 3—5 des Lydtinschen Schemas einzuordnen sind.

Beim Vergleich der Indikationen beobachtet man als hauptsächliche Veränderung in den letzten 4 Jahren eine Beschränkung auf wirklich schwere Fälle von Lungentuberkulose. Das dürfte zu einem Teil auf die in letzter Zeit bekannt gewordenen guten Resultate der konservativen Behandlung zurückzuführen sein. Es fehlen jetzt aber auch

jene, in den Jahren 1929—1933 erfolgten Unterbrechungen bei inaktiven Tuberkulosen, bei denen in Anbetracht des schlechten Allgemeinzustandes der Patienten eine Aktivierung des Prozesses durch die Schwangerschaft befürchtet werden mußte.

Damit kommen wir auf einen grundsätzlichen Unterschied in den beiden untersuchten Zeiträumen zu sprechen. Immer wieder begegnet man in den Krankenblättern der Jahre 1929—1933 Bemerkungen über schlecht bzw. unterernährte Schwangere, deren Lungentuberkulose nach den Erfahrungen der Kriegs- und Nachkriegsjahre eine ernste Prognose bot. Ein beträchtlicher Teil der Schwangeren war nicht verheiratet. Vielfach waren die Frauen arbeitslos, sie besaßen selbst keine Mittel für die notwendige Behandlung; die Krankenversicherung kam ebenfalls nicht für sie auf. Somit war eine stationäre oder Heilstättenbehandlung aus finanziellen Gründen einfach nicht durchzuführen. Angesichts der oft rapiden Fortschritte der Tuberkulose mußte man sich entschließen, das Kind zu opfern, obwohl man durch entsprechende Behandlung in manchen Fällen in der Lage gewesen wäre, sowohl die Erkrankung der Mutter günstig zu beeinflussen, wie auch die Schwangerschaft zu erhalten.

Man kam in der damaligen Zeit in manchen Fällen nicht umhin, schwerste soziale Notstände bei vorliegender medizinischer Indikation mit zu berücksichtigen.

Bei der heutigen gänzlich veränderten Wirtschaftslage sind derartige soziale Bedenken überflüssig geworden. In Krankheitsfällen hilft die Versicherung, Klinik- und Heilstättenbehandlung stehen dem Kranken offen, die NS-Volkswohlfahrt nimmt sich seiner an, ja, es wird sogar dem Arzt in den „Richtlinien" nahegelegt, bei auftretenden Schwierigkeiten die Hilfe der NSV in Anspruch zu nehmen. Ganz allgemein bestehen bessere Möglichkeiten zur Eheschließung, auch bei unverheirateten Schwangeren gibt es Hilfsmöglichkeiten, an die früher niemand denken konnte.

Sieht man von dem direkten Verbot der sozialen Indikationsstellung ab, so ist die Situation an sich heute so grundlegend geändert, daß eine Beachtung sozialer Notstände keine Rolle mehr bei der Schwangerschaftsunter-

brechung zu spielen braucht. Dadurch ist es möglich geworden, zahlreiche Schwangerschaften bei Tuberkulose zu erhalten, die man früher wegen der schlechten Prognose unterbrechen mußte.

Man kann also abschließend sagen, daß der recht große zahlenmäßige Rückgang der Lungentuberkulose als Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung auf eine Einengung der Indikationsstellung zurückzuführen ist, die durch die guten Erfolge der konservativen Behandlung, und insbesondere durch die völlige Wandlung der sozialen Verhältnisse ermöglicht wurde.

Eine ganz ähnliche Veränderung, freilich in abgeschwächter Form haben die Indikationen seitens des Herzens erfahren. Der Rückgang ist hier nicht so erheblich, ihr Anteil ist von 17 % auf 13 % gesunken.

Die rein medizinische Indikation hat sich von 1929 bis 1939 nicht nennenswert geändert. Die Begutachtung der Herzfehler ist stets nach funktionellen Gesichtspunkten vorgenommen worden, wie dies auch von Lange in den „Richtlinen" gefordert wird. Fast ausschließlich bildeten Mitralfehler die Anzeige zur Unterbrechung: am häufigsten Mitralstenose, vielfach kombiniert mit Mitralinsuffizienz, weniger häufig mit Aorteninsuffizienz. Dabei wurden als Grund zur Unterbrechung angesehen: sicher vorhandene Dekompensation des gesamten Kreislaufes oder Kompensation hart an der Grenze, bei der mit großer Wahrscheinlichkeit infolge der in der 2. Hälfte der Schwangerschaft enorm erhöhten Anforderungen an den Kreislauf eine Dekompensation befürchtet werden mußte.

Diese Bewertung der Herzfehler sehen wir in den letzten 4 Jahren ausschließlich, in der Zeit von 1929—1933 weitaus in der Mehrzahl aller Fälle die Grundlage der Interruptio bilden. Die gesundheitliche Bedeutung der Herzfehler ist die gleiche geblieben. Aber auch hier spielen in den Jahren 1929—1933 genau wie bei den Lungenerkrankungen soziale Gesichtspunkte mit hinein, weil in der damaligen Zeit die zur erfolgreichen Therapie mancher Herzerkrankungen unbedingt notwendige Schonungsbehandlung nicht durchzuführen war und dadurch die Gefahr einer Dekompensation heraufbeschworen wurde. Es versteht sich, daß

in diesen Fällen die Unterbrechung erst nach sorgfältiger Beobachtung des Krankheitsverlaufes angeraten wurde, nachdem alle Möglichkeiten, die eine Besserung der Krankheit unter Erhaltung der Gravidität versprachen, erschöpft waren. Zur Erläuterung sei hierfür nur ein Beispiel aus dem Jahre 1932 angeführt.:

Fräulein K., Hausangestellte, graviditas mens. III, Mitralvitium. Interruptio wird abgelehnt, weil der Kreislauf zur Zeit noch kompensiert ist. Um die Gefahr einer späteren Dekompensation auszuschalten, wird versucht, der Frau auf andere Weise zu helfen. Eine Schonungsbehandlung soll durchgeführt werden, aber die Krankenkasse lehnt die Uebernahme der Kosten ab. Jetzt wird die Fürsorge mobilisiert, um eine Verschickung zu ermöglichen: Ablehnung. Als letztes wird versucht, die Unterbringung in einem anderen Berufe zu erreichen. Als auch dieses nicht gelingt, entschließt man sich endlich doch zur Unterbrechung, weil Gravidität + Mitralfehler + schwere körperliche Arbeit eine untragbare Belastung darstellen. Man wird hier wohl kaum den Vorwurf einer leichtfertigen Indikationsstellung erheben können!

In den letzten Jahren sind soziale Fragen bei der Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung mehr und mehr gegenstandslos geworden. Die Beseitigung wirtschaftlicher Schwierigkeiten ist heute in den meisen Fällen auf andere Weise möglich; und keiner wird es mehr begrüßen als der Arzt, durch die gesetzlichen Bestimmungen von 1935, derartig schwerwiegenden Entscheidungen enthoben zu sein.

Auf sämtlichen übrigen Indikationsgebieten treten die Veränderungen nicht so deutlich zu Tage. Die nächst stärksten Schwankungen weisen die Prozentzahlen für Geistes- und Nervenkrankheiten (von 5 auf 15 %), Basedow (von 7 % auf 0) und gynäkologische Indikationen (von 9 auf 15 %) auf.

Die auffälligste Veränderung betrifft die Erkrankungen der Schilddrüse. Ihr Anteil betrug 1929 bis 1939 noch 7 %, ist aber in den letzten Jahren auf 0 gefallen.

Die medizinische Indikation war beim Basedow eigentlich niemals umstritten. Alle Autoren waren sich einig,

daß eine Schwangerschaftsunterbrechung nur als ultima ratio in Frage kam, wenn jede interne bzw. chirurgische Behandlung versagte. Es blieben von jeher nur die schweren, nicht operablen Fälle übrig, die akut einsetzten und rasche Progredienz zeigten (Seitz, Naujoks, Stoeckel, Schittenhelm). Der gleiche Standpunkt wird auch in den „Richtlinien" vertreten.

Die während der Jahre 1929—1933 in der Charité-Frauenklinik ausgeführten Unterbrechungen bei Schilddrüsenerkrankung verteilen sich folgendermaßen:

5 Fälle mit Grundumsatzsteigerungen von 30—42 %,
2 Fälle mit stark vergrößerter Schilddrüse, bei denen eine Operation von der chirurgischen Klinik abgelehnt wurde.
2 Fälle mit Herzmuskelschädigungen,
1 Falle mit Diabetes kombiniert, bei sichtbarer Verschlechterung während der Gravidität.

Die Indikation der letzten 5 Fälle besteht auch nach den heutigen Anschauungen zu Recht, streiten läßt sich dagegen über die Bedeutung der Grundumsatzerhöhungen. Zwar berichten die Krankengeschichten von schneller und anhaltender Gewichtsabnahme. Doch angesichts der Tatsache, daß seit 1933 keine einzige Unterbrechung mehr wegen Schilddrüsenerkrankung ausgeführt zu werden brauchte, ist die Frage berechtigt, ob es nicht vielmehr Fortschritte in der Therapie waren, die diese auffällige Wandlung hervorgerufen haben. Das ist um so eher anzunehmen, als die Häufigkeit des Basedow sicher nicht abgenommen hat. Wohl aber ist es in den letzten Jahren gelungen, durch strenge diätetische Maßnahmen, durch die Plummer-Vorbehandlung mit anschließender Operation oder Bestrahlung bessere Heilungsergebnisse zu erzielen als früher. Infolge der therapeutischen Fortschritte ist man heute auf internistischer Seite geneigt, eine viel strengere Auswahl unter den zur Interruptio vorgeschlagenen Basedowfälle zu treffen.

Das in den letzten Jahren zu beobachtende völlige Verschwinden der Schilddrüsenerkrankungen als Veranlassung zum künstlichen Abort ist daher zum größten Teil auf eine Aenderung der Indikationsstellung als Folge

verbesserter Behandlungsmethoden zurückzuführen, zum Teil mag es bei der relativ kurzen Untersuchungszeit eine zufällige Erscheinung sein.

Unter der Rubrik „Geistes- und Nervenkrankheiten" sind alle Krankheiten des Zentralnervensystems, ferner Psychosen, Epilepsie, Schizophrenie, Manisch-depressives Irresein und Imbecillität zusammengefaßt. Die Anzahl der Schwangerschaften, die wegen dieser Erkrankungen unterbrochen werden mußten, hat sich von 5 % 1929—1933 auf 15 % in den letzten 4 Jahren vermehrt. Hierbei sind die eugenetischen Indikationen noch nicht mitgerechnet.

Vergleicht man beide Zeiträume miteinander, dann hat es den Anschein, als ob die Indikation seit Inkrafttreten der neuen Gesetze eher erweitert statt eingeengt worden wäre. Bei näherer Betrachtung ergibt sich aber, daß der zahlenmäßige Unterschied nicht so groß ist, wie er in Prozenten ausgedrückt erscheint. Die Zunahme ist nur geringfügig und durch seltene Krankheitsbilder wie Myotonie, neurale Muskelatrophie und Restzustände spinaler Kinderlähmung hervorgerufen. Dadurch wird jedoch die Indikationsstellung in keiner Weise berührt, denn in beiden untersuchten Zeitabschnitten stellen Epilepsie und multiple Sklerose die häufigsten Erkrankungen dar, die eine Unterbrechung notwendig machten: 1929—1933 bei 5 von 7 Unterbrechungen, bzw. 1935—1939 bei 5 von 8 Fällen.

Die Tatsache der prozentualen Erhöhung der Geistes- und Nervenkrankheiten ist demnach durch eine zufällige vermehrte Beobachtung besonderer Krankheitsfälle bedingt, ohne daß die allgemeine Indikation eine Veränderung erfahren hätte.

Ganz ähnlich verhält es sich mit den gynäkologischen Indikationen: Blasenmole, Hydramnios, Fruchttod und enges Becken.

Die Anschauung, in welchen Fällen hier die Unterbrechung der Schwangerschaft angezeigt ist, hat sich während der ganzen Berichtszeit nicht geändert. Blasenmole, Fruchttod und hochgradig entwickelte Fälle von Hydramnios sind in ihrer das Leben und die Gesundheit der Schwangeren gefährdenden Bedeutung heute wie früher unbestritten. Das

enge Becken ist an sich keine Indikation zur Unterbrechung mehr, seitdem die operative Schnittentbindung nahezu ungefährlich wurde. Die bei uns beobachteten Fälle stellen auch insofern Besonderheiten dar, als es Kombinationen mit Kyphoskoliose und Zwerchwuchs waren. Das Körpergewicht betrug nur 30,36 bzw. 37 kg!

Diese Anomalien würden auch nach der in den „Richtlinien" von Döderlein-Bach vertretenen Auffassung die Anzeige zur Schwangerschaftsunterbrechung rechtfertigen. Mithin haben sich die gynäkologischen Indikationen in keiner Weise verändert.

Sämtliche übrigen Krankheitsgruppen zeigen nur geringe prozentuale Unterschiede. Ihre Konstanz deutet schon darauf hin, daß die Indikationsstellung im großen und ganzen dieselbe geblieben ist.

Die praktisch wichtigste Komplikation ist die Hyperemesis. Während ungefähr die Hälfte aller Schwangeren unter Erbrechen zu leiden haben, steigert sich doch nur bei einem geringen Prozentsatz die Emesis zur Hyperemesis. In den schweren Fällen bildet die Interruptio graviditatis die einzige Möglichkeit das Leben der Schwangeren zu retten.

Die Zahl der bei Hyperemesis gravidarum erforderlichen Unterbrechungen wird in den neuesten Statistiken sehr verschieden angegeben:

	Gesamtzahl:	unterbrochen:	%
Seitz (1926—1936)	153	17	11,1
Heymann (1923—1933)		12	11,3
Wilkens (1930—1937)	119	9	7,56
Döderlein-Bach (1923—1932)	191	44	24,0

Bezogen auf die Gesamtzahl aller aus medizinischer Indikation erfolgten Unterbrechungen ergibt sich bei Döderlein-Bach (1923 1932) ein Prozentsatz von 24 %. Nach eigenen Untersuchungen (1929 - 1939) beträgt der Anteil nur 11,6 %, nämlich 24 von insgesamt 224 Unterbrechungen.

Ueber die Aetiologie der Hyperemesis gravidarum herrscht keine einheitliche Auffassung. Die Mehrzahl der neueren Autoren betrachtet sie als Schwangerschaftstoxi-

kose, während einige von ihnen den neuropathischen Ursprung (Leven, Nolens), andere (Jegorow), den allergischen Ursprung für bewiesen ansehen. In den „Richtlinien zur Schwangerschaftsunterbrechung" wird sie ebenfalls als Toxikose angesehen; diese Einstellung teilt auch die Charité-Frauenklinik.

Diese Ansicht bestimmt Diagnostik und Therapie der Hyperemesis. Hungern lassen, Vermeidung oraler Nahrungsaufnahme, intravenöse Traubenzucker- und Insulingaben sowie rectale und intravenöse Traubenzuckertropfeinläufe sind die Leitsätze der Behandlung. Die Bedeutung der psychischen Komponente bei der Hyperemesis gravidarum wird heute nicht mehr so hoch eingeschätzt (Seitz in den „Richtlinien"). Allerdings darf das nicht so weit gehen, die Psyche der Schwangeren nun vollständig zu vernachlässigen. Trotzdem es sich bei uns um klinische Patienten handelte, das psychische Moment also durch die Trennung vom häuslichen Milieu bereits zum Teil ausgeschaltet war, wurde doch in fraglichen Fällen nichts unversucht gelassen, eine labile psychische Verfassung mit geeigneten Mitteln zu beeinflussen: Behandlung durch erfahrene Aerzte, ausgewähltes Pflegepersonal, Besuchsverbot usw. (Bokelmann, Reinicke).

Um den Einfluß der Psyche gewissermaßen wie im Experiment zu beseitigen, sind sogar sehr drastische Mittel angewandt worden, z. B. wurde in einem verdächtigen Fall eine Schein-Interruptio ausgeführt. Nachdem der Patientin mitgeteilt worden war, daß die Schwangerschaft wegen des unaufhörlichen Erbrechens beseitigt werden müßte, wurde sie in den Operationssaal gefahren. In Narkose wurde dann ein blutgetränkter Gazestreifen in die Vagina eingeführt, sodaß die Patientin nach dem Aufwachen im Glauben war, die Frucht sei entfernt worden. Es trat auch für 24 Stunden eine Besserung ein, aber danach setzte das Erbrechen von neuem so heftig ein, daß die wirkliche Unterbrechung kurze Zeit darauf durchgeführt werden mußte.

Die Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung kann bei Hyperemesis gravidarum stets nur auf Grund längerer klinischer Beobachtung gestellt werden. Bleibt die

Behandlung ohne Erfolg, schreitet die Abnahme des Körpergewichtes unaufhaltsam fort, treten bereits Zeichen toxischer Leber- und Nierenschädigung auf, dann besteht unbedingte Indikation zum künstlichen Abort, wenn man nicht das Leben der Mutter unnötig aufs Spiel setzen will.

Absolut verläßliche objektive Symptome, die erkennen lassen, in welchen Fällen eine Unterbrechung angezeigt ist, gibt es leider nicht. Als prognostisch ungünstig sind nach Winter zu werten:

Pulsbeschleunigung über 100,
Temperatursteigerung,
Psychische Veränderungen (Unruhe, Benommenheit, Koma)
Rasche Gewichtsabnahme,
Verminderung der Diurese,
Schädigung der Leber- und Nierenfunktion: Urin: Eiweiß und Zylinder (Nephrose) Leucin und Tyrosin (akute gelbe Leberatrophie) Aceton und Acetessigsäure (Acidose) Urobilin, Urobilinogen und Bilirubin.
Blut: Bilirubin über 2—4 mg%.

In den „Richtlinien" führt Seitz im wesentlichen dieselben Symptome an. Als besonders ernst beurteilt er Erscheinungen von seiten der Leber: Bilirubinämie; Leucin und Tyrosin im Urin, Druckempfindlichkeit der Leber und schließlich Trübung des Sensoriums. Dagegen mißt er dem Auftreten von Aceton im Urin keine Bedeutung bei, weil es sich bei jedem Hungerzustand finde.

Die Krankenberichte lassen erkennen, daß die Einstellung der Frauenklinik zur Hyperemesis seit 1929 dieselbe geblieben ist. Die Indikation zur Interruptio wurde stets erst gestellt, wenn die klinische Behandlung erfolglos blieb, das Gewicht anhaltend und rapide abnahm, die Diurese sich beträchtlich verminderte und der Blut- und Urinbefund die Entwicklung irreparabler Leber- und Nierenschädigung befürchten ließ (Acidose, Bilirubinämie).

Die geringen zahlenmäßigen Schwankungen der Hyperemesis sind als zufällige Beobachtungen aufzufassen, nicht aber als Ausdruck einer veränderten Indikationsstellung. Derartige Schwankungen sind nichts Ungewöhnliches: vom 1. 10. 1937 bis 1. 10. 1939 erfolgte z. B. keine einzige Unterbrechung wegen Hyperemesis, während im

Oktober/November 1939 wieder mehrere schwere Fälle zur Beobachtung kamen.

Bei den Nierenkrankheiten sind 2 Gruppen zu unterscheiden:

1. Der ödemonephrotische oder eklamptische Symptomenkomplex (nach Seitz) mit Hydrops gravidarum, Schwangerschaftsnephrose und Eklampsie gehört zu den eigentlichen Schwangerschaftstoxikosen. Da es sich hierbei vorwiegend um Störungen während der letzten 3 Monate der Gravidität handelt und die Therapie meistens in der Einleitung der künstlichen Frühgeburt besteht, fallen diese, an sich sehr häufigen Erkrankungen nicht in den Rahmen unserer Untersuchungen.

2. Die zweite und kleinere Gruppe umfaßt die eigentlichen Nierenkrankheiten. Sie treten mehr als zufällige Komplikation auf; ihre Zahl ist daher nur gering.

Naujoks präzisiert auf Grund einer Umfrage die Stellungnahme der deutschen Gynäkologen in folgender Weise:

Die akute Nephritis bildet mit sehr seltenen Ausnahmen keine Indikation zur Unterbrechung.

Die chronischen Nephritiden sind bedeutend ernster zu beurteilen. Zwar berechtigt die chronische Nephritis nicht prinzipiell zur Interruptio, sondern die Indikationsstellung hängt ganz von dem Krankheitsverlauf ab. Läßt sich die Erkrankung therapeutisch nicht beeinflussen, treten als Zeichen der Verschlechterung zunehmender Eiweißgehalt und andauernder hoher Blutdruck auf, dann muß unterbrochen werden. Desgleichen bilden Komplikationen der chronischen Nephritis wie Augenhintergrundsveränderungen, Dekompensationserscheinungen von seiten des Herzens sowie Urämie die Veranlassung zum sofortigen Eingreifen.

Toxische Pyelitis und schwerste Fälle von Pyelonephritis verlangen ebenfalls die Unterbrechung.

Nach Nephrektomie oder bei einseitiger Nierenerkrankung ist die Funktionstüchtigkeit der anderen Niere maßgebend; ist die Funktion gestört, dann soll rechtzeitig eingegriffen werden. In den „Richtlinien" äußern sich Seitz und Albrecht zu den Nierenkrankheiten: Bei

chronischer Nierenentzündung ist wegen der ernsten Prognose die Interruptio und eventuell sogar die Sterilisation angezeigt. Albrecht befürwortet außerdem die Unterbrechung bei doppelseitiger Nierenparenchymschädigung durch Steine und bei doppelseitiger Nierentuberkulose.

Bei den von uns untersuchten 10 Fällen war als Grund angegeben:
doppelseitige, nicht zu beeinflussende Pyelitis,
Cystopyelitis nach Nephrektomie,
einseitige Nierentuberkulose mit chronischer, unspezifischer Infektion der anderen Niere,
chronische Nephritis,
Hydronephrose,
Cystopyelitis,
Nephrosklerose mit Gefahr der Ablatio retinae,
luetische Nephrose,
chronische Nephritis.

Die Unterbrechungen sind erst vorgenommen worden, als sich nach längerer klinischer Beobachtung die Erfolglosigkeit der Therapie herausstellte und die Interruptio gravidatis aus vitaler Indikation erforderlich war. Die ersten 5 Fälle stammen aus der Zeit 1929—1933, die letzten 4 sind nach 1935 mit Genehmigung der Gutachterstelle unterbrochen worden.

Die kleine und gleichbleibende Zahl der Nieren- und Blasenerkrankungen, die einen Eingriff erforderten, beweist, daß die kritische Einstellung gegenüber den Erkrankungen des uropoetischen Systems nicht erst von 1935 datiert, sondern ebenso schon vorher bestanden hat. Die letzten 10 Jahre haben keine grundsätzlich neuen Erkenntnisse der Pathologie und Therapie dieser Erkrankungen hervorgebracht, infolgedessen ist auch keine Aenderung in der Indikationsstellung eingetreten.

Es bleibt noch übrig, Blutkrankheiten und Tumoren zu besprechen. Diese beiden Gruppen verdienen unser Interesse nicht etwa wegen großer praktischer Bedeutung, sondern wegen ihrer zum Teil auch heute noch umstrittenen Indikation. In den beiden letzten Jahren kamen in der Charité-Frauenklinik einige seltene Fälle zur Beobachtung, die geeignet sind, das bisher spärliche Material zu ergänzen.

Die Veranlassung zum Abortus arteficialis bildeten:
1929—1933:

2 Schwangerschaftsanämien (schwerer Verlauf, Patientin 16 Jahre!)
1 schwere Bluterkrankung mit thrombopenischer Purpura,

1935—1939:

1 Schw.-Anämie bei sehr schlechtem Allgemeinzustand (mit Hypoglykämie)
1 Aleukämische Myelose
1 Myeloische Leukämie.

Man kann hieraus folgern, daß die Schwangerschaftsanämie anscheinend in den letzten Jahren nicht mehr als Grund zur Interruptio angesehen wird; das trifft auch zu. Die Klinik ist durch die günstigen Erfahrungen mit großen und oft wiederholten Bluttransfusionen mit Leber- und Vitamingaben in neuerer Zeit imstande auch die perniciosaähnliche Schwangerschaftsanämie fast vollkommen zu beherrschen; nur die progredienten Fälle geben heute noch eine Indikation zur Unterbrechung ab. Wenn hier also ein gewisser Wandel eingetreten ist, so muß man ihn als Folge der in der Zwischenzeit gewonnenen therapeutischen Erkenntnisse ansehen.

Das Krankheitsbild der chronisch myeloischen Leukämie findet ,in der Literatur keine einheitliche Beurteilung.

Stoeckel: Entsteht die Leukämie erst in der Schwangerschaft, dann ist eine Unterbrechung ratsam, bestand sie schon vorher, soll nur bei vitaler Indikation unterbrochen werden.

Neumann: In den ersten 2 Jahren der leukämischen Erkrankung kann das Kind unter günstigen Umständen ausgetragen werden, zu einem späteren Zeitpunkt bringt die Erhaltung der Gravidität die Mutter immer in Lebensgefahr. Die chronisch myeloische Leukämie stellt an sich eine Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung dar.

Schittenhelm in den „Richtlinien": Besteht die chronisch myeloische Leukämie erst kurze Zeit, braucht nicht eingegriffen zu werden, bei längerem Bestehen ist die Unterbrechung indiziert.

Bei dem an der hiesigen Klinik beobachteten Fall handelt es sich um eine 25-jährige Frau. Vor $1^1/_2$ Jahren, wahrscheinlich im Anschluß an den letzten Partus war die myeloische Leukämie entstanden, die aber bisher nach Röntgenbestrahlung gut verlaufen war. Mit Eintritt der jetzigen Schwangerschaft kam es zu einer starken Verschlimmerung des Krankheitsbildes, die schließlich eine Unterbrechung notwendig machte. Daraufhin trat bald eine Besserung ein.

Hiernach muß also die Auffassung von Neumann dahin ergänzt werden, daß auch bereits im zweiten Jahr der leukämischen Erkrankung eine hinzutretende Schwangerschaft das Grundleiden so sehr verschlimmern kann, daß eine Interruptio nicht zu umgehen ist.

Die Bedeutung des Zusammentreffens von Gravidität und malignen Tumoren ist erst in den letzten 10 Jahren von neuem erörtert worden.

Wagner nimmt 1929 dazu Stellung: Bestimmte bösartige Geschwülste extragenitaler Lokalisation können durch das Hinzutreten einer Schwangerschaft zu ganz besonders schnellem Wachstum und zur Metastasierung angeregt werden, bisher ruhende Geschwulstreste oder Metastasen können zum Leben erweckt werden und sich geradezu explosionsartig ausbreiten. Ebenfalls ungünstige Erfahrungen teilen mit: Bernard bei Gehirnsarkom, Valais und Delmas bei Melanosarkom und Hochenegg bei Rectumkarzinom (zitiert bei Wagner)..

Naujoks befürwortet die Unterbrechung, wenn ein Zusammenhang zwischen Gravidität und schnellem Tumorwachstum anzunehmen ist. Lexer und Eymer nehmen in den „Richtlinien" folgenden Standpunkt ein: Rectumkarzinome können eventuell mit Erhaltung der Schwangerschaft operiert werden. Bei einwandfrei festgestelltem ungünstigen Einfluß der Schwangerschaft auf das Wachstum einer bösartigen Geschwulst, könnte die Unterbrechung erwogen werden, wenn eine Operation sich nicht radikal durchführen läßt. In manchen Fällen dürfte nach ihrer Meinung bei sicher verlorener Mutter die Ueberlegung berechtigt sein, ob nicht die Erzielung eines lebens-

fähigen Kindes — falls das möglich erscheint — der Unterbrechung vorzuziehen ist.

Zahlenmäßig hat die Indikation bei malignen Tumoren in den letzten Jahren abgenommen; es wurde unterbrochen:

1929—1933 bei:

Sarkom-Metastasen in der Lunge (Oberschenkel-Sarkom vor 1 Jahr operiert!)
Mediastinaltumor (Diagnose fehlt, rasches Wachstum in der Gravidität)
Angioma racemosum der linken Orbita
Lymphosarkom des Halses
Carcinom der Mamma und der Lunge
Sarkom der Mamma (vor 2 Jahren und vor $^1/_2$ Jahr operiert, Röntgenbestrahlung).

1935—1939 bei:

Sarkom des Epipharynx mit Drüsenmetastasen an beiden Halsseiten.

Die Unterbrechungen wurden ausgeführt, weil entweder der Tumor seit Eintritt der Schwangerschaft eine größere Wachstumstendenz zeigte, oder weil bereits in der vorangegangenen Schwangerschaft eine Vergrößerung des Tumors stattgefunden hatte, die nun erneut einsetzend zu unerträglichen Schmerzen oder lebensgefährlichen Komplikationen führte. Von der Chirurgischen Klinik wurde ferner eine Frau mit Mamma- und Lungencarcinom eingewiesen und eine zweite, bei der vor einem halben Jahr ein Sarkomrezidiv der Mamma operiert worden war und jetzt ein neues Rezidiv befürchtet wurde.

Der weitere Krankheitsverlauf hat die Interruptio gerechtfertigt. In allen Fällen war eine günstige Beeinflussung festzustellen, mit einer Ausnahme, die die Sarkom-Metastasen der Lunge betrifft; hier konnte die Operation keine Hilfe mehr bringen. Bei allen übrigen Tumoren kam das Wachstum nach der Unterbrechung zum Stillstand, die Metastasen konnten unter Bestrahlung zur Abheilung gebracht werden. In dem Fall des vor einem Jahr operierten Mammasarkoms, bei dem lediglich wegen der Rezidivgefahr unterbrochen wurde, läßt sich hinterher natürlich nicht mit Sicherheit sagen, ob die prophylaktische

Interruptio das Auftreten von Rezidiven verhindert hat; die bewiesene Rezidivneigung des Tumors spricht allerdings dafür.

Die malignen Tumoren sind seltene Komplikationen der Schwangerschaft. Bei solchen Raritäten ist es unmöglich, geringen Schwankungen in der Häufigkeit ihres Auftretens besondere Bedeutung beizumessen; sie können rein zufällig in manchen Jahren mehr, in manchen weniger zur Beobachtung kommen.

Die Unterbrechungen aus den oben genannten Gründen sind auch nach den für die Gutachterstellen geltenden Gesichtspunkten vollauf berechtigt, sodaß die Indikationsstellung als unverändert zu bezeichnen ist. Die Tatsache, daß Unterbrechungen wegen maligner Tumoren in den letzten Jahren zur Seltenheit gehören, spricht nicht dagegen; sie besagt allenfalls, daß beträchtliche Schwankungen vorkommen können, die aber ihren Grund in der Hauptsache in den kurzen Beobachtungszeiten haben dürften.

In der Rubrik „Verschiedenes" sind Besonderheiten wie Diabetes, Cholehepatopathien, Ablatio retinae, Pelvis infantilis, Status nach Operationen oder kurz vorher durchgemachten schweren Erkrankungen untergebracht. Sie sind für unser Thema ohne Bedeutung und sollen daher auch nicht weiter besprochen werden.

Die eugenetischen Indikationen.

Eugenetischen Gesichtspunkten begegnet man bei der Indikationsstellung zur Schwangerschaftsunterbrechung in größerem Umfange erst seit 1935, nachdem sie durch die neuen Gesetze anerkannt worden waren. Es ist aber interessant festzustellen, daß bereits in den Jahren 1929—1933 3 Unterbrechungen aus eugenetischen Gründen vorgenommen wurden; davon 2 allerdings im Jahre 1933, schon unter dem Eindruck des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses.

Dem stehen 16 Unterbrechungen in der Vergleichszeit 1935—1939 gegenüber. Diese sind ausnahmslos vom Erbgesundheitsgericht angeordnet worden: wegen Epilepsie und Imbecillität in je 6 Fällen; wegen Schizophrenie, Manisch-

depressivem Irresein, erblicher Taubheit und erblicher Blindheit in je 1 Fall.

Hierin ist allein eine Folge der gesetzlichen Vorschriften von 1935 zu sehen; und somit hat die Indikationsstellung aus eugenetischen Gründen eine beträchtliche Erweiterung erfahren.

Unterbrechungen und Sterilisationen von 1929—1939.

In 18 Fällen (= 7,4 % der Gesamtzahl) wurde die Unterbrechung aus gesundheitlichen Gründen zugleich mit der Sterilisierung der Schwangeren verbunden, in 20 Fällen (= 8,2 %) aus eugenetischer Indikation. Von 244 Unterbrechungen sind also 38 (= 15,6 %) mit gleichzeitiger Sterilisation durchgeführt worden.

Von den 18 Fällen, bei denen aus medizinischer Indikation die Unterbrechung mit Sterilisation vorgenommen wurde, betrafen 5 Geistes- und Nervenkrankheiten, je 4 Lungen- und Nierenerkrankungen, 3 Herzfehler und je 1 myeloische Leukämie und Ablatio retinae.

Die einzelnen Diagnosen lauteten:

Epilepsie mit gehäuften Anfällen in mehreren Schwangerschaften
Myasthenie
Psychose, schnell fortschreitend,
Multiple Sklerose (2 Fälle)
Lungentuberkulose mit doppelseitigem Pneumothorax
Offene Lungen- und Kehlkopftuberkulose
Thorakoplastik mit starker Kreislaufbeeinträchtigung
Lungentuberkulose bei sehr schlechtem Allgemeinzustand und schnell aufeinanderfolgenden Schwangerschaften.
Chronische Nephritis
Nephrosklerose
Einseitige Nierentuberkulose bei chronischer, unspezifischer Infektion der anderen Niere
Rechtsseitige Hydronephrose
Mitralstenose mit Myocardschädigung
Dekompensierte Mitralinsuffizienz
Dekompensierte Mitralinsuffizienz mit Aorteninsuffizienz
Mitralinsuffizienz

Chronisch-myeloische Leukämie
Ablatio retinae bei essentieller Hypertonie

Die Unterbrechung allein war in allen Fällen nach den früheren und heutigen, in den „Richtlinien" niedergelegten Anschauungen ohne Zweifel berechtigt. Für die gleichzeitige Sterilisierung finden sich dagegen keine speziellen Anweisungen. Man kann sie auch gar nicht geben, weil neben der Diagnose andere Momente wie Krankheitsverlauf, Art der Schädigung, Allgemeinzustand des Patienten usw. im Einzelfall von Bedeutung sind, ja, manchmal die Entscheidung viel stärker beeinflussen als die Diagnose selbst.

Die gleichzeitige Sterilisation wird im allgemeinen angezeigt sein, wenn die Natur des Leidens erwarten läßt, daß die nächste Schwangerschaft die Frau in erneute ernste Gefahr bringen würde, sei es durch schnell aufeinanderfolgende Schwangerschaften, die eine Besserung oder Heilung der Grundkrankheit verhindern, sei es, daß eine stationär gewordene Erkrankung sich mit Sicherheit wieder verschlimmern würde.

Eine generelle Lösung dieser Fragen ist nicht möglich, auch die „Richtlinien" vermeiden es, bestimmte Vorschriften zu geben. Die verantwortungsvolle Entscheidung, ob einer aus gesundheitlichen Gründen erforderlichen Schwangerschaftsunterbrechung die Sterilisierung anzuschließen ist, wird immer dem Arzt am Krankenbett vorbehalten bleiben müssen.

Die Berechtigung der aus eugenetischen Gründen gleichzeitig mit der Unterbrechung vorgenommenen Sterilisierungen ergibt sich aus dem Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses.

Zusammenfassung.

Durch vergleichende Untersuchungen aus den Jahren 1929—1933 und 1935—1939 wurde die Frage zu klären versucht, ob sich die an der Charité-Frauenklinik geübte Indikationsstellung bei Schwangerschaftsunterbrechungen mit dem Inkrafttreten neuer Gesetzesbestimmungen im Jahre 1935 geändert hat.

Dabei konnte festgestellt werden, daß die medizinische Indikation bei folgenden Schwangerschaftskomplikationen unverändert geblieben ist:

Hyperemesis gravidarum
Nieren- und Blasenkrankheiten
Gynäkologische Erkrankungen
Geistes- und Nervenkrankheiten
Maligne Tumoren.

Bei 4 Krankheitsgruppen ergaben sich bemerkenswerte Unterschiede in beiden Zeitabschnitten.

1. Der Anteil der Lungenkrankheiten ist von 37 % in den Jahren 1929—1933 auf 22 % in den Jahren 1935 bis 1939 zurückgegangen. Das hat 2 Gründe:

   Erstens ist eine Aenderung der Indikationsstellung eingetreten, weil die Erfolge der Heilstättenbehandlung in den letzten Jahren gezeigt haben, daß eine intensive konservative Therapie in manchen Fällen eine Interruptio überflüssig machen kann.

   Zweitens hat die völlige Wandlung der sozialen Verhältnisse dazu beigetragen. Dies gilt auch gleichzeitig für die Herzerkrankungen, die von 17 auf 13 % abgenommen haben. Beide Erkrankungen hängen in ihrem Verlauf sehr stark von äußeren Lebensumständen ab; dementsprechend war ihre Prognose in den Jahren des wirtschaftlichen Tiefstandes 1929—1933 bebesonders ungünstig. Daraus erklärt es sich, daß seinerzeit beim Vorliegen einer medizinischen Indikation auch schwere soziale Notstände mitberücksichtigt werden mußten. Unter den gänzlich veränderten Wirtschaftsverhältnissen der letzten Jahre spielten dagegen soziale Momente keine Rolle mehr, und es hätte kaum des ausdrücklichen Verbotes der Berücksichtigung sozialer Not-

lage durch die Reichsärztekammer im Jahre 1935 bedurft, um die Indikationen der Lungen- und Herzerkrankungen mehr und mehr einzuschränken.

2. Der Morbus Basedow, der im 1. Zeitabschnitt noch in 7 % der Fälle den Grund zum künstlichen Abort bildete, ist seitdem aus den medizinischen Indikationen verschwunden. Das ist zum größten Teil auf eine Einengung der Indikationsstellung als Folge verbesserter Behandlungsmethoden (Diät, Plummer-Therapie, Operation, Bestrahlung) zurückzuführen, zum Teil mag es bei der geringen Anzahl der Erkrankungen und der relativ kurzen Beobachtungszeit eine zufällige Erscheinung sein.
3. Bei den Blutkrankheiten haben Fortschritte in der Therapie (wiederholte, große Bluttransfusionen, Leber- und Vitamingaben) die früher bedrohlichen Schwangerschaftsanämien bis auf seltene Fälle aus den Indikationen zur Schwangerschaftsunterbrechung auszuschalten vermocht. Im übrigen ist ihre Indikationsstellung während der Untersuchungszeit unverändert geblieben.

Die Schwangerschaftsunterbrechungen aus eugenetischer Indikation haben von 3 in der Zeit von 1929 bis 1933 auf 16 in der Zeit von 1935—1939 zugenommen. Dieser starke Anstieg ist ausschließlich eine Folge der Gesetze des Jahres 1935.

Als Endergebnis der Untersuchungen ist festzustellen, daß die im Jahre 1935 erlassenen Gesetze zur Schwangerschaftsunterbrechung keinen nennenswerten Einfluß auf die an der Charité-Frauenklinik geübte medizinische Indikationsstellung gehabt haben. Dagegen ist die Zahl der aus eugenetischer Indikation erfolgten Unterbrechungen bedeutend angestiegen.

Am Schluß möchte ich Herrn Professor Wagner für die Anregung zu vorliegender Arbeit und für seine liebenswürdige Beratung meinen Dank aussprechen; ebenso danke ich Herrn Dr. Herrnberger für seine freundliche Unterstützung.

Literaturnachweise:

Bokelmann, O.: Zur Kritik der Therapie bei der Hyperemesis gravidarum. Z. f. Geb. u.. Gynäk. 1936, Bd. 113, S. 262, Arch. f. Gynäk. 1936, Bd. 162, S. 268.

Braeuning, H.: Lungentuberkulose und Schwangerschaft. Leipzig 1935.

Gütt-Rüdin-Ruttke: Zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. Gesetz und Erläuterungen. München 1934.

Halban-Seitz: Biologie und Pathologie des Weibes. Bd. 8, Teil 2, 1927.

Heymann, A.: Die an der Frauenklinik zu Kiel von 1923—1933 behandelten Fälle von Hyperemesis gravidarum. Diss. Kiel 1933.

v. Jaschke, Th.: Herzkrankheiten und Gestation. Arch. f. Gynäkologie 1938, Bd. 166, *S.* 24.

Jegorow: Die allergische Theorie der Schwangerschaftstoxikosen. Zbl. Gynäk. 1935, S. 465..

Kahr, H.: Konservative Therapie in Schwangerschaft und Wochenbett. Wien 1939.

Kehrer, E.: Ueber Tuberkulose und Schwangerschaft. Münch. med. Wschr. 1921, Nr. 37, S. 1171.

Kracht, B.: Schwangerschaftsunterbrechung bei Lungentuberkulose. Diss. Berlin 1938.

Neumann, H. O.: Leukämie und Schwangerschaft. Zbl. Gynäk. Jg. 54, 1930, S. 2443.

— Die myeloische Leukämie als Indikation zur Schwangerschaftsverhütung. Dtsch. med. Wschr. 1932, Nr. 8, S. 291.

Ottow, B.: Klinische Erfahrungen und Richtlinien bei der gesetzlichen Unfruchtbarmachung erbkranker Frauen. Arch. f. Gynäk. 1936, Bd. 161, S. 415.

Pankow, O.: Welche Therapie ist nach den bisherigen klinischen Erfahrungen bei den Komplikationen von Lungentuberkulose und Schwangerschaft angezeigt? Mtschr. f. Geb. u. Gynäk. 1923, Bd. 61, S. 109.

Puorger: Das somatische Schicksal der Frauen, bei denen in den Jahren 1930 und 31 eine Unterbrechungg der Schwangerschaft abgelehnt wurde. Diss. Zürich 1933.

Reinicke, H.: Ueber die Traubenzucker-Insulin-Behandlung der Hyperemesis gravidarum. Diss. Berlin 1936.

Rollin: Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisation. Diss. Zürich 1936.

Schweitzer, B.: Zur Frage der Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisation wegen Lungen- und Kehlkopftuberkulose. Münch. med. Wschr. 1922, Nr. 7, S. 223.

Stadler, H.: Richtlinien für Schwanggerschaftsunterbrechung und Unfruchtbarmachung aus gesundheitlichen Gründen. München 1936
Stoeckel, W.: Lehrbuch der Geburtshilfe. 1930; 1935.
Schultze-Rhonhof u. Hansen: Erg. ges. Tuberkuloseforsch. Bd. III, 1931.
— Lungentuberkulose und Schwangerschaft. Mtschr. f. Geb. 1931, Bd. 89, S. 212; 1934, Bd. 97, S. 354.
Wagner, G. A.: Ueber das schnelle Wachstum bösartiger Geschwülste in der Schwangerschaft. Mtschr. f. Geb. u. Gyn. 1930, Bd. 85, S. 1.
Wilkens, J.: Zur Pathogenese der Hyperemesis gravidarum. Diss. Berlin 1937..
Winter-Naujoks: Der künstliche Abort. Indikationen und Methoden für den geburtshilflichen Praktiker. Stuttgart 1932.

Lebenslauf.

Ich, Friedrich August König, wurde am 27. Oktober 1909 in Bad Meinberg (Lippe) geboren. Nach 3-jährigem Besuch der Volksschule trat ich 1919 in die Oberrealschule Detmold ein, an der ich Ostern 1928 meine Reifeprüfung bestand. Von 1928—1932 habe ich an der Universität Berlin Zahnheilkunde studiert und 1934 zum Dr. med. dent. promoviert.. Von 1932—1933 war ich Volontärassistent der Chirurgischen Abteilung des Zahnärztlichen Institutes der Universität Berlin und bin seit dem 1. November 1933 Assistent der Konservierenden Abteilung. Im Jahre 1936 habe ich noch ergänzend das Studium der allgemeinen Medizin aufgenommen, 1937 das medizinische Physikum abgelegt und am 6. September 1939 meine ärztliche Approbation erhalten.